

MUNNHULEN PÅ SIDELINJEN

Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste – NOU 2005:3

Av stud. odont.

Marit Linnestad Bang og Ingrid Beversmark

Kull V-03 UiO



Veileder: Professor Pål Barkvoll

Innholdsfortegnelse

1.0 Problemstilling.....	s. 3
2.0 Tannhelsetjenesten i dag.....	s. 3
2.1 Organisering av Tannhelsetjenesten.....	s. 3
2.2 Trygdesystemet og stønadsordninger.....	s. 5
2.3 Organisering av den øvrige helsetjenesten.....	s. 7
3.0 Munnhulen og kroppen påvirker hverandre.....	s. 8
4.0 Bakgrunn.....	s. 12
4.1 Historisk tilbakeblikk.....	s. 12
4.2 Veivalget.....	s. 13
4.3 Kompetansegrunnlag.....	s. 15
5.0 Konsekvenser og diskusjon.....	s. 15
5.1 Samhandling i helsetjenesten.....	s. 15
5.2 Ansvar for pasienten.....	s.16
5.3 Tilgjengelighet.....	s. 17
6.0 Oppsummering.....	s. 18
7.0 Kildehenvisning.....	s. 21

1.0 Problemstilling

I februar 2005 forelå Norges offentlige utredninger (NOU) 2005:3 « Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste » til høring. NOU er utredningsdokumenter utarbeidet av regjeringsoppnevnte utvalg som har til hensikt å ligge til grunn for nye avbefalinger gitt til Stortinget. Dokumentet sendes ut til aktuelle høringsinstanser, som gir sin uttalelse om saken og slik får muligheten til å påvirke politiske avgjørelser. Til tross for lovende agenda om en helhetlig helsetjeneste i NOU 2005:3, ble ikke tannhelse nevnt med ett ord, og man kan derfor spørre seg om tannhelse ikke hører inn under det man kaller helsetjeneste i Norge i dag. Dette er utgangspunktet for oppgaven vi har valgt å skrive, der vi setter søkelyset på munnhulens særposisjon utenfor helsetjenesten som sådan, bakgrunn for dette og konsekvenser av at munnhule og kjeve stilles på sidelinjen.

I juni 2005 kom en egen NOU myntet på Tannhelsetjenesten – NOU 2005:11 « Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet (Et godt tilbud til de som trenger det mest) » som la grunnlaget for Stortingsmelding nr. 35 fra juni 2007 « Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning, framtidens tannhelsetjenester ».

Vi har valgt å basere oppgaven på ovenfornevnte 3 offentlige dokument; NOU 2005:3, NOU 2005:11, samt Stortingsmelding nr. 35 – Tannhelsemeldingen, for gjennom utgangspunkt i disse analysere bakgrunnen for skillet vi har mellom munnhule og kropp, oppsummere dagens situasjon og gi et innblikk i organisering av tannhelsetjenesten som eget felt, der vi også kommer inn på trygdeordninger i denne sektoren. Parallelt vil vi forsøke å trekke sammenligninger mot den øvrige helsetjenesten for å kunne belyse problemstillingen oppgavens tittel henspeiler på: « Munnhulen på sidelinjen »

2.0 Tannhelsetjenesten i dag

2.1 Organisering av tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten skiller seg fra resten av helsetjenesten på flere områder. Den består av en offentlig tannhelsetjeneste og en privat markedsbasert tjeneste. Etter « Lov om tannhelsetjenesten » fra 1984 styres den offentlige tannhelsetjenesten av fylkeskommunen og her behandles barn/ungdom og andre prioriterte grupper. De private tjenestene behandler for

det meste de resterende voksne som ikke faller innenfor en prioritert gruppe. Den offentlige tannhelsetjenesten er offentlig finansiert, mens den private stort sett innebærer betaling fra egen lomme for pasientene. I 1995 ble det fri prisfastsettelse i privat sektor for tannlegene. Enkelte grupper av den voksne befolkningen får stønad gjennom folketrygden.

Fylkeskommunen har dermed ansvaret for at prioriterte grupper i fylket får et godt nok tilbud til tannbehandling. Den skal sørge for at tilgjengeligheten av tannhelsetjenester er bra nok, den skal fremme tannhelsen og den skal organisere forebyggende tiltak for befolkningen. Fylkeskommunen skal også sørge for at spesialisttjenester er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.

De prioriterte gruppene er

- a) Barn og ungdom fra fødsel og til og med det året man fyller 18 år
- b) Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
- c) Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
- d) Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret
- e) Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere, f.eks. rusmiddelmisbrukere

Disse gruppene skal prioriteres i rekkefølgen a-e dersom ressursene ikke strekker til i hver enkelt fylkeskommune. I tillegg skal forebyggende tiltak prioriteres foran behandling. I henhold til tannhelsetjenesteloven § 4-2 kan fylkeskommunen inngå avtale med privatpraktiserende for å ivareta sine forpliktelser i fylket. Tjenestene til gruppe a-c skal gis vederlagsfritt, med unntak av kjeveortopedisk behandling. Gruppe d kan pålegges å betale 25 % av departementets takster for behandling, inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider. For gruppe e er det opp til den enkelte fylkeskommune å bestemme vederlaget på bakgrunn av departementets eller fylkeskommunenes takster.

Den offentlige tannhelsetjenesten kan ved ledig kapasitet også behandle voksne som faller utenfor de prioriterte gruppene. Disse skal betale fullt vederlag etter fylkeskommunens takster eller departementets takster (13). Siden den geografiske fordelingen av tannhelsepersonell er noe ujevn medfører dette at den offentlige tannhelsetjenesten i fylker der det er tannlegemangel behandler flere i den voksne betalende gruppen enn i fylker der det er god tannlegedekning.

Noen av de prioriterte gruppene har klare avgrensninger for hvem som får behandling av den offentlige tannhelsetjenesten, for eksempel de som er innenfor en spesiell aldersgruppe, som er tilfellet med gruppe a.

Andre grupper er mer diffust avgrenset. Hvor går grensen for hvem som er psykisk utviklingshemmet? "Institusjon" er et veldefinert begrep, men hvilke personer som bør få tilbud fra det offentlige fordi de får hjemmesykepleie kan oppfattes mer diffust og tilfeldig. Det er forskjell fra kommune til kommune om hvilke tjenester som kommer innunder begrepet "hjemmesykepleie". Dermed bestemmer hver enkelt kommune indirekte hvem som får et tannbehandlingstilbud fra det offentlige og som dermed får dekket sine tannlegeutgiftene.

2.2 Trygdesystemet og stønadsordninger

I Norge står tannhelsesystemet, som nevnt innledningsvis, i en særstilling til resten av helsesystemet. Dette får mange konsekvenser, deriblant med hensyn til finansiering og trygdeordninger for pasientene. Når har man rett til å få utgiftene dekket og hvilke sykdommer/lidelser medfører refusjon av kostnadene til tannbehandling?

Stønad til tannbehandling kommer innunder som en del av den generelle stønadsordningen i «Lov om folketrygd » kap. 5. « Folketrygdens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall » (4). Intensjonen er å gi stønad ved konkrete tann-, munn- og kjevesykdommer og når en bestemt lidelse eller behandlingen av denne lidelsen har medført redusert tannhelse. Folketrygden yter ikke støtte til personer som har rett til vederlagsfri behandling gjennom den offentlige tannhelsetjenesten. Ved kjeveortopedisk behandling gjelder egne regler.

Helse -og omsorgsdepartementet utarbeider takster til bruk ved refusjon for tannbehandling. Det er beløpet av disse takstene pasientene eventuelt har rett til å få refundert, ikke tannlegens egne priser.

Stønad etter paragraf 5-6 er en pliktmessig ytelser, dvs en rettighet pasienten har.

Fra 01.09.07 kunne man sende regning direkte til NAV ved både ubetingede og betingede pliktmessige ytelser. Tidligere gjaldt dette bare de ubetingede pliktmessige ytelsene.

Tannlegen har nå ansvaret for at tilstrekkelig dokumentasjon ligger i journalen ved eventuell kontroll.

Eksempler på pliktmessige ytelser er systematisk periodontittbehandling, operativ kirurgi, behandling av pasienter med sjeldne medisinske tilstander, kjeveortopedisk behandling, tannbehandling ved ganespalte, behandling av tannskade ved epileptisk anfall, cerebral parese eller lignende, behandling i forbindelse med kreft i munnhulen, infeksjonsforebyggende behandling og rehabilitering av tannsett med protetisk behandling som følge av tanntap pga marginal periodontitt. Det ytes kun støtte til nødvendig og forsvarlig tannbehandling, dersom det ikke foreligger sykdom som krever en mer omfattende behandling enn det som ellers ville vært normalt. Da kan eventuelt tilleggsutgifter også dekkes.

Egenandelstak 2 ble opprettet for å hindre at pasienter med kroniske sykdommer og stort behandlingsbehov innenfor flere helsetjenestegrupper skal betale for mye. Ordningen omfatter helsetjenester som enkelte typer tannlegehjelp, undersøkelse og behandling innenfor fysioterapi, opphold ved opptreningsinstitusjon og såkalte klimareiser. Når pasienten i et kalenderår har betalt summen av egenandelstaket, som 1. januar 2007 ble satt til 2500 kr, dekker trygden resten av pasientens egenandeler ut kalenderåret. Innenfor tannlegebehandling gjelder dette periodontittbehandling og kirurgi. Takstene som blir dekket blir fastsatt etter departementets takster slik at pasienten må betale eventuelle mellomlegg dersom prisen for behandlingen er større enn takstene.

I forhold til resten av helsetjenesten er trygdens dekning for tannbehandling meget begrenset. Ved tannbehandling dekker paragraf 5-6 ikke konserverende behandling, endodonti, profylaktisk behandling eller tannrensing. Den eneste gruppen som får dekket slik behandling under paragraf 5-6 er pasienter med sjeldne medisinske tilstander..

Paragraf 5-22 omhandler bidrag til helsetjenester, herunder tannbehandling. Det foreligger ingen rett til bidrag, men en mulighet. Man kan ikke få bidrag dersom utgiftene dekkes av andre bestemmelser i folketrygdloven eller andre lover, og utgiftene må overstige 1600 kr i kalenderåret. For å kunne søke om bidrag er det et krav om årsakssammenheng mellom sykdom/defekt/tilstand og tannhelsen. Det ytes heller ikke bidrag dersom pasienten har et oppsamlet behandlingsbehov pga forsømmelse av egen tannhelse i flere år. Det er da

vanskelig å avgjøre om det er sykdommen eller forsømmelsen av tannhelsen som har ført til den dårlige tannhelsen.

Eksempler på tilstander der det kan søkes om bidrag er gitt av rikstrygdeverket og er følgende :

- a. Medfødte tilstander, som tannagenesi og kvalitetsmessige defekter som amelogenesis imperfecta og dentinogenesis imperfecta
- b. Ervervede tilstander, som store skader ved ulykke, tannskader som følge av spiseforstyrrelser, manglende evne til egenomsorg i munnhulen pga psykisk sykdom, revmatisme, hjerneskade eller lammelse, karies pga xerostomi som følge av Sjøgrens syndrom, strålebehandling eller legemidler, bruxisme og lidelser i GI-tractus som krever tilfredsstillende tyggeevne eller har medført tannskader.
- c. Allergi og utskifting av odontologiske biomaterialer, restaureringer eller proteser som følge av materialreaksjoner.

2.3 Organisering av den øvrige helsetjenesten

Fylkeskommunen er siden 1984 følgelig forvaltningsorganet for tannhelsetjenesten. I NOU 2005:3 defineres det at helsetjenesten er fordelt på to forvaltningsnivå; statlige foretak og kommunene. Innenfor disse igjen er det mange organisatoriske inndelinger, der de fleste områder man forbinder med helsetjenesten befinner seg.

Kommunene har ansvaret for den såkalte primærhelsetjenesten, som omfatter allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning og legevaktordning, fysioterapitjeneste, helsesøstertjeneste, hjemmesykepleie, og jordmortjeneste. Driften i kommunen finansieres gjennom statlige overføringer, kommunal egenfinansiering, refusjon fra folketrygden og pasienters egenandel.

Staten har ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Ansvaret omfatter bl.a. sykehustjenester, herunder poliklinisk virksomhet, lege- og psykologspesialisttjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester og ambulansetjeneste.

Per i dag er det fire helseregioner ; Helse sørøst, Helse vest, Helse midt-Norge og Helse nord, som ligger innunder Helse- og omsorgsdepartementet. Helseregionene planlegger og

organiserer spesialisthelsetjenesten og finansierer sin virksomhet gjennom ulike statlige overføringer.

Egenandelstak 1 er en ordning som gjelder ved undersøkelse og behandling hos lege, psykolog, i poliklinikk og i røntgeninstitutt, reise i forbindelse med undersøkelse og behandling, samt viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr på blå resept. Ordningen for egenandelstak 1 har en lavere sats enn egenandelstak 2. I 2007 er denne satsen på 1660 kr per kalenderår, som utgjør den maksimale summen pasienten betaler for disse tjenestene/ legemidlene/ utstyret per år.

Personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester fra det offentlige hjelpeapparatet har ut fra pasientrettighetsloven rett til å få utarbeidet en individuell plan. Formålet med dette er for det første at personen får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og for det andre å bedre samhandlingen mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller mellom forskjellige forvaltningsnivåer. Mange av tjenestemottakerne vil bl.a. ha behov for tannbehandling. Koordinatoren for individuell plan har også en viktig funksjon når det gjelder å bistå pasienten i oppfølgingen av de ulike tiltak i planen. Undersøkelser i forbindelse med individuell plan viser imidlertid at utarbeidelsen med prosjektet jevnt over har kommet svært kort. Pasientgruppen klager på at ingen har ansvar for helheten og at det er tungt å forholde seg til mange ulike instanser og personer (1).

Det er i NOU 2005:3 satt fokus på samhandling mellom instansene, spesielt gjeldende i forhold til sårbare og vanskeligstilte pasienter, med et behandlingsbehov som ingen av instansene kan dekke alene. Eksempelene som blir trukket frem er kreftpasienter, eldre pasienter med flere alvorlige sykdommer, terminalt syke pasienter (palliativ omsorg), kronisk syke (hjerte – og lungesyke, diabetesrammede, slagpasienter, demente), psykisk syke og rusmisbrukere. Samtlige i disse pasientgruppene har også særskilte behov innen tannhelsetilbud, og viser hvordan munnhule og kropp fungerer som en enhet. Imidlertid skisseres ingen konkrete tiltak for bedre samhandling i denne retningen i nevnte NOU.

3.0 Munnhulen og kroppen påvirker hverandre

Bare for noen tiår siden tilbakeviste flere forskere de fleste orale sykdommer som reelle sykdommer. De mente at plager som hodepine, brannsåar og orale problemer var mer

ubehagelige, personlige og trivielle opplevelser enn behandlingstrengende lidelser . Disse tilstandene var sjeldent assosiert med den tradisjonelle sykerollen og ble derfor ikke akseptert som sykdom eller dårlig helse (18).

Det er i dag en anerkjent vitenskapelig oppfatning at flere systemiske sykdommer og tilstander har orale manifestasjoner og kan debutere i munnhulen (11). Slimhinnene kan gjenspeile kroppens generelle helsetilstand og tannlegen er i denne sammenheng i en viktig posisjon, som en av de som inspiserer en pasients slimhinner hyppig og dermed er i en situasjon hvor man tidlig kan komme på banen med diagnostikk. De fleste går oftere til tannlege for regelmessig sjekk av tenner og munnhule enn man går til legen for en sjekk av generell helsetilstand. Tannlegen har et ansvar for å forebygge og behandle sykdom i hele munnhulen og evt. henvise videre til spesialist ved sykdom i munnhule og kjeve, som ligger utover allmenntannlegens kompetanseområde. Det synes derfor viktig at utveksling av medisinsk eller annen relevant informasjon enkelt og rutinemessig bør kunne utveksles tverrfaglig i langt større grad enn hva tilfellet er i dag (11). På samme måte gjelder informasjon i motsatt retning, i forhold til opplysning fra behandlende lege om helsemessige forhold som kan ha betydning for tannbehandling. Knut Tornes sier i en artikkel i Tidsskriftet for Norsk Lægeforening « Det biologiske samspillet mellom munnhule og systemsykdom stiller krav til godt samarbeid mellom leger og tannleger » (14).

Nedenfor skisserer vi kort eksempler på sykdommer, samt kliniske funn på systemiske sykdommer som påvirker munnhulen og motsatt, samt kan gi tilleggslidelser i dette området.

Crohns sykdom er en sykdom som kan manifestere seg i områder fra munnhulen, gjennom fordøyelseskanalen og til anus. I mange tilfeller får pasienten symptomer i munnhulen før sykdommen blir diagnostisert eller før pasienten har symptomer andre steder i GI-tractus. Det er en svikt i den immunologiske toleransen mot egne bakterier som gir et frustert immunsystem, men noen konkret årsak til sykdommen er ukjent.

Orale manifestasjoner synes å være hyppigere hos menn enn kvinner og individene er ofte unge når symptomene opptrer. Kliniske orale tegn er gjerne perioralt erytem, hevelse av leppene, diffus ødematøs hevelse av munnslimhinnen, granulær hyperplastisk gingivitt, bilaterale små polypper og dype ulcerasjoner i vestibulum omgitt av en foldet hyperplastisk slimhinne. Dersom tannlegen oppdager slike funn kan pasienten komme til utredning og evt

få en raskere diagnose, komme i gang med behandling og slippe å være uvitende for hva som er galt (6).

Et annet eksempel på en lidelse hvor tverrfaglighet spiller en viktig rolle er HIV.

I Norge er det totalt diagnostisert over 3 000 hivsmittede personer, og hvert år smittes ca. 100 nye. I tillegg regner man med ca. 100 smittede innvandrede personer per år (7). Nesten alle HIV-smittede pasienter vil få orale symptomer og forandringer. Derfor er det viktig at tannlegen, som gjerne undersøker munnhulen regelmessig, gjenkjenner tegn på sykdommen og henviser videre ved mistanke om HIV. Like viktig er det at legen også kjenner til de orale symptomene til en HIV-infeksjon, slik at man kan samarbeide om behandling av disse. Orale symptomer kan bl.a. være oral candidose, hårete leukoplaki, akutt nekrotisk gingivitt og periodontitt, hyppig og aggressive residiverende herpes simplex-infeksjoner, uspesifikke ulcerasjoner i mucosa og økt forekomst av humant papillomvirus (HPV) (8).

Både hud og slimhinne er kledd av flerlaget plateepitel og mange sykdommer opptrer begge steder. Sykdom kan merkes på hud først og deretter i munnslimhinnen eller omvendt. Eksempler på slike sykdommer er epidermolysis bullosa, pemfigoid, pemfigus, erythema multiforme og lichen planus (5).

En nyere studie har vist at pasienter med reumatoid artritt har økt gingival blødning og dypere tannkjøttslommer enn kontrollpasientene.

Bruk av enkelte legemidler og bruk av mange medikamenter samtidig kan medføre munntørrehet som kan ha store konsekvenser for pasienters ve og vel og ikke minst for tenneses tilstand. Karies utvikler seg raskere ved munntørrehet, og soppinfeksjoner i munnhulen kan være et følgeproblem. Orale allergiske reaksjoner mot legemidler, gingivale hyperplasier av cyclosporin og kalsiumantagonister, angioødem av tunge og sublingualt vev av ACE-hemmere er noen eksempler på reaksjoner i munnhulen som kan oppstå ved bruk av enkelte legemidler (9).

Allmennesykdommer kan påvirke oral helse, men sykdommer i munnhulen påvirker også resten av kroppen. En av de mest vanlige sykdommene i munnhulen er periodontitt, som er en tannløsningssykdom. I de senere årene har man bevist at det er en sammenheng mellom periodontitt og visse allmennesykdommer. Det er blitt forsket på om det finnes en

sammenheng mellom oral helse og kardiovaskulære sykdommer, infeksiøs endokarditt, for tidlig fødsel eller barn med lav fødselsvekt, diabetes mellitus, pneumoni og reumatoid artritt for å nevne noen (15).

Det understrekes at både periodontitt og kardiovaskulære sykdommer er multifaktorielle sykdommer, men at periodontitt kan bidra til utvikling av aterosklerose og kardiovaskulære sykdommer (16). Det finnes bevis for at kroniske infeksjoner påvirker utviklingen av aterosklerose og påskynder effekten av kjente risikofaktorer (15).

Periodontale bakterier som *Actinobacillus actinomycetemcomitans* og *Fusobacterium nucleatum*, er bevist å kunne føre til infeksiøs endokarditt hos risikopasientene for dette (15).

En sammenheng mellom periodontitt og diabetes er også bevist i flere studier, der det viser seg at diabetikere har en større sannsynlighet for å få periodontitt enn kontrollgruppen. En studie viser også at ved å behandle periodontitten bedres diabetessituasjonen hos pasienten. Dette gjelder for diabetes type 1 og diabetes type 2. Imidlertid kan en diabetiker også ha en forverret periodontitt enn en ikke-diabetiker. Det kan altså se ut som at sykdommene påvirker hverandre negativt (15).

Dentalt plaque kan bistå som et reservoar for luftveispatogener. En bakteriell pneumoni oppstår som oftest som en følge av aspirasjon av bakterier i munnhule og svelg når verten ikke har et tilstrekkelig immunforsvar. En undersøkelse av pasienter på sykehus viser at de som fikk tilstrekkelig tannbehandling hadde mindre av risikopatogener for luftveisinfeksjoner enn de som ikke fikk tannbehandling. Det er også rapportert at mikroorganismer i varige anaerobe luftveisinfeksjoner med betydelig mortalitet, vanligvis kommer fra periodontale lommer (15).

Særlig hos eldre med nedsatt helse, dårlig munnhygiene og proteser kan soppinfeksjoner utgjøre en alvorlig risiko for luftveiseinfeksjoner. Det er altså gode grunner til å behandle soppinfeksjoner i munnhulen og forebygge gingivitt og periodontitt hos eldre og kritisk syke pasienter (15). Mens lokaliserte mykoser har god prognose, er systemiske soppinfeksjoner svært alvorlige.

Som alle andre steder i kroppen kan kreft også oppstå i munnhulen. Oral cancer kan være svært aggressiv og det er viktig at den blir oppdaget på et tidlig tidspunkt. Det inngår i undervisningen for tannlegestudenter i dag at man også nøye undersøker munnhulens bløtvev og slimhinner for unormale forandringer.

« De viktigste orale komplikasjonene ved behandling med cytostatika og/eller stråling er mukositt, infeksjon, spyttkjerteldysfunksjon, smaksforstyrrelser, munntørrehet, smerte, karies, trismus, osteoradionekrose og osteonekrose. » Aggressiv cytostatikaterapi og strålebehandling induserer også skade på normale celler. Munnhulen er spesielt sårbar for direkte og indirekte toksiske effekter av cytostatika og stråling (10).

Et godt samarbeid mellom leger og tannleger er av vesentlig betydning for pasienter med disse tilstandene som manifesterer seg både i munnhulen og på andre steder i kroppen.

« Uklare ansvarsforhold gagnar ikke pasienten » (11).

I en innstilling fra Sosialkomiteen i 2001 skrives det at « Komiteen mener at det skillet som eksisterer mellom tannhelse og øvrig helse, fremstår som kunstig, fordi sykdommer i munnhulen påvirker den allmenne helsetilstanden på linje med, og også noen ganger i større grad, enn ved annen sykdom » (14).

Smerte og ubehag fra orale lidelser kan være mer plagsomme enn enkelte andre steder i kroppen, fordi munnhulen spiller en så viktig rolle både fysisk og psykisk i hverdagen.

4.0 Bakgrunn

Tannhelsetjenesten inngår som en del av den øvrige helsetjenesten, men skiller seg likevel ut på flere områder. Den voksne befolkningen betaler stort sett selv sine utgifter til tannhelsetjenester, og tjenestene ytes i hovedsak av tannhelsepersonell i privat sektor. Dette i motsetning til helsetjenesten for øvrig hvor det er generelle stønadsordninger gjennom folketrygden, og hvor helsepersonellet i større grad er offentlig ansatt eller driver sin virksomhet etter avtale med det offentlige (2).

4.1 Historisk tilbakeblikk

Hva er så grunnlaget for denne ulike inndelingen av helsetjenesten? Hvorfor behandles ikke munnhulen som en integrert del av kroppen? Historisk sett kan det virke som om det har vært

en kamp for å få gehør for det faktum at munnhulen påvirker resten av kroppen og motsatt, som er et selvsagt faktum når det gjelder andre områder i kroppen. Det er det samme blodet som sirkulerer i alle deler av legemet. Noe av bakgrunnen for denne diskusjonen skyldes muligens at kun akutttilstander ble behandlet for noe århundrer tilbake, og i munnhulen begrenset denne behandlingen seg stort sett til tanntrekking. « Tanntrekkerne » hadde ulik bakgrunn, men stordelen av disse tilhørte håndverkerne og da særlig smedene. Dette gjorde sitt til at folk flest assosierte tannbehandling med håndverkerfaget først og fremst.

De første tannlegene kom til Norge først i løpet av 1700-tallet. På midten av 1800-tallet ble det til slutt etablert en eksamensordning for tannleger, som før dette hadde drevet som kvakksalvere. Først tidlig på 1900- tallet ble faget anerkjent som helsefagutdanning (3). Uteksaminering av tannleger var møtt av stor motbør fra medisinerhold, hvor tannekstraksjoner nå var ansett å være av kirurgisk gebet. I « Lov om sykeforsikring 1909 » sies det at tannekstraksjoner også sees på som legehjelp dersom det skjer pga smerte eller betennelse og slik behandling ble dermed på den tiden også dekket av det offentlige (19). I dag har medisin og odontologi felles studieløp de 2 første årene. Siden den gang og frem til i dag hersker det fortsatt en del uenighet om fordeling av ansvarsområder mellom disse to profesjoner, og det kan tenkes å være noe av grunnlaget for den stykkevise inndelingen vi har av helsetjenesten i dag.

4.2 «Veivalget»

Flere viktige valg vedrørende tannhelsetjenestens fremtid ble fattet i løpet av en 5-års periode i 2. tiår på 1900-tallet.

Av saker som ble avgjort nevnes spesielt valget mellom skoletannpleie og tenner på trygd, administrasjonsnivå av tannhelsetjenesten, samt omfanget av trygdeytelser. Tannhelsesituasjonen i befolkningen var på denne tiden nedslående og man måtte ta et valg om hvilke tiltak som gagnet flest. Enigheten var stor blant Den Norske Tannlegeforenings (NTF) medlemmer om at man måtte satse på barnetannpleie slik at dette ville kunne forplante seg nedover i kommende generasjoner ved at de gode vanene ble innført så tidlig som mulig. Alle krefter ble derfor satt inn for å overbevise de styrende makter om at dette var veien å gå. Valget om hvordan tannhelsen best mulig kunne ivaretas falt til slutt på skoletannpleien og klinikker ble etablert rundt i landet i tilknytning til skolene.

Da skoletannpleien ble innført i 1917 ble bl.a plasseringen av skoletannpleien administrativt diskutert i en komité sammensatt av representanter fra Sosialkomitéen og Kirkekomitéen. Sakens kjerne besto i å avgjøre om skoletannpleien var en skolesak eller en medisinalsak. Medisinaldirektøren og NTF mente den burde komme inn under sunnhetsvesenet, mens andre pekte på at ordningen var en utpreget skolesak og følgelig burde høre innunder Kirkedepartementet. Man endte til slutt opp med at skoletannpleien ble organisert under Kirkedepartementet og dette ble opprettholdt frem til etter 2. verdenskrig, da tannhelse ble overflyttet til Sosialdepartementet. NTFs tidligere generalsekretær Arne Sollund stiller seg spørsmålet i sin bok «NTF gjennom 100 år», om det valgte forvaltningsnivå i 1917 førte til en isolering av skoletannpleien og om tannhelse hadde kommet i en annen stilling hadde det blitt organisert under Sosialdepartementet fra første stund (21).

I 1914 gikk Stortingets sosialkomité inn for utvidet støtte til konserverende tannbehandling. Den gang ble tannekstraksjoner som nevnt sett på som medisinsk kirurgi og medførte dermed trygderefusjoner. Det gjorde derimot ikke konserverende behandling, noe som førte til en risiko for at tenner som kunne vært bevart heller ble trukket p.g.a. økonomiske aspekter.

NTF gikk den gang imot forslaget, fikk gehør og loven ble ikke utvidet til å omfatte konserverende behandling. På denne tiden var innføring av skoletannpleien den viktigste saken på NTFs agenda og bakgrunnen for at man valgte å gå imot et lovforslag om refusjon av konserverende behandling var mye pga redsel for at dette ville gå utover bevilgninger til skoletannpleien.

Arne Sollund sier videre i sin bok: « Det standpunkt NTF inntok i 1914 og de prioriteringer som også er gjort ved senere anledninger, har aldri betydd at man har sagt prinsipielt nei til å føre tannpleien inn under syketrygden. I prinsippet har man ment at den hører hjemme der, når tiden er inne » (21). I dag, 100 år senere har tiden fortsatt ikke vært inne, og i forhold til trygdefinansiering tyder forskningen på at en generell trygdefinansiering til tannhelse ikke vil virke hensiktsmessig i et tannhelsemessig perspektiv (19).

4.3 Kompetansegrunnlag

En annen faktor som har medvirket til denne « kunstige » helsepolitiske inndelingen kan ha vært kompetansegrunnlag, da tannlegeprofesjonen har vært i lang utvikling både når det gjelder utdanningens innhold og arbeidsfeltets begrensninger. Utviklingen har gått fra den rene håndverker til å nærme seg en slags munnlege. Først i 1959 ble Det odontologiske fakultet opprettet ved Universitetet i Oslo og i 1996 kom et nært samarbeid med Det medisinske fakultet i gang hvor man har landet på felles undervisning for odontologi- og medisinerstudenter de 2 første årene av utdanningen. Ordningen medførte at man nå har en felles plattform innen basalfagene, for så å skille lag og for tannlegenes del fordype seg i oral helse resten av studietiden. Sammen med medisinstudentene gjennomgår tannlegestudentene propedeutiske kurs i undersøkelsesteknikk og journalskriving på sykehus, samt at de også har sykehustjeneste på ØNH- avdeling. Man er altså kommet dithen at man kan forvente tilstrekkelig kompetanse blant tannlegene til at en helhetlig oral diagnose skal kunne stilles og at ansvaret for oppfølging av oral helse skal kunne tillegges tannlegene, i samarbeid med leger når dette faller naturlig.

5.0 Konsekvenser og diskusjon

Inndelingen på eget forvaltningsnivå har flere konsekvenser. Cand. polit. Arne Stav spør seg i et innlegg i Aftenposten april -07 om «tiden er inne for at tannhelse reelt sidestilles med helse, og at tannhelsepolitikken ikke fortsetter å være et helsepolitisk stebarn?». I øvrige europeiske land og andre I-land det er naturlig å sammenligne seg med, ses odontologi i langt større grad som en del av den totale helsetjenesten hvor hele mennesket settes i fokus enn det tilfellet er her i Norge hvor man opererer med en rekke særregler for munnhule og kjeve både når det gjelder organisering og finansiering (12).

5.1 Samhandling i helsetjenesten

I dag oppleves ofte det tverrfaglige samarbeidet mellom instanser tungrodd og ikke optimalt, til tross for den politiske satsningen på bedret samhandling i helsetjenesten. De naturlige kommunikasjonslinjene mellom tannlegene og øvrige spesialister eksisterer i begrenset grad. Dette skyldes sannsynligvis bl.a at ikke tannhelse regnes som en del av den totale pakken. « Tannhelsetjenesten er verken definert som en del av primærhelsetjenesten med basis i kommunene eller en del av spesialisthelsetjenesten med forankring i de regionale foretakene »

(12). Tannhelsetjenesten er som eneste del av helsetjenesten blitt igjen på fylkeskommunalt nivå.

5.2 Ansvar for pasienten

Generelle stønadsordninger og helsetilbud omfatter alle brukere i den øvrige helsetjenesten. Når tannhelsetjenesten er den instansen hvor behovet ligger er det mange pasienter som faller mellom etablerte ansvarsområder og ikke får tilstrekkelig behandlingstilbud eller oppfølging. Det er lagt opp til at en stor gruppe mennesker egenhendig må sørge for å få og betale for behandling i munnhulen noe som medfører at munnhulen risikerer å bli et nedprioritert område i et individs sammensatte helsetilstand. Spesielt gjelder dette hos grupper som ikke inngår i de definerte stønadsgruppene i det offentlige, men som allikevel har stort behov for stønad, da de har reduserte ressurser og økonomi til å gjennomføre behandling. Fortsatt er det slik at svake grupper i samfunnet oftere er belemt med dårligere tannhelse og dette forverres sannsynligvis ytterligere med høye kostnader i forbindelse med tannbehandling. Oral helse er fremdeles negativt korrelert til lav inntekt og utdannelse, på lik linje som med øvrig helse.

I NOU 2005:11 heter det seg « Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet – Et godt tilbud til de som trenger det mest ». Man vil anta at alle er godt tjent med en god tannhelse og definering av hvem som trenger det mest kan være vanskelig.

Sett fra pasientens ståsted kan møtet med de ulike rettighetene som gjelder for munnhule/kjeve i forhold til resten av kroppen komme uventet på. Pasienter i Norge i dag er stort sett velsignet med bred offentlig støtte når det gjelder helsetilbud, helt til problemet oppstår i munnhulen. Eksempelene på pasienter som faller mellom er som nevnt flere og man vil forsøke illustrere dette med følgende kasuistikk fra vår egen kliniske hverdag.

En kvinne i 40 års alderen med odontofobi har etter lang tid endelig tatt mot til seg for å oppsøke tannlege. Hun har ikke vært hos tannlege siden barneårene og kommer til tannlegen med smerter og et stort behandlingsbehov. I samråd med tannlegen innser pasienten at behandling ikke vil la seg gjennomføre på konvensjonelt vis. Kvinnen blir henvist til det odontologiske fakultet, UiO. Hun ønsker behandling i narkose. Aktuell behandling i dette tilfellet ville vært enkle ekstraksjoner og enklere konserverende tannbehandling. Ingenting av dette ville utløse trykdeytelser. Pasienten måtte derfor dekke alle utgiftene selv – inklusiv en

kostbar narkoseseanse. Pasientens økonomi er derimot dårlig, og hun har derfor ikke mulighet til å dekke behandlingen i narkose. Med bakgrunn i dagens trygderegler kunne pasienten ikke tilbys behandling. Hun ble derfor sendt tilbake til kommunen i tråd med regelverket – bedt av kommunen selv om å søke sosialkontoret – deretter vente på en vurdering hos fylkeskommunens egen tannhelsetjeneste for gjennomgang og eventuell godkjenning av foreslått behandlingsbehov. Deretter ny venteliste for å få behandling gjennom kommunens egen avtale med helseforetaket, i dette tilfellet Ullevål Universitetssykehus hvor kommunen kjøper ledig kapasitet for tannbehandling under narkose.

Veien å gå for å kunne få det tilbudet hun burde ha krav på er lang og byråkratisk.

I slike tilfeller er det ingen automatikk i det offentliges ansvar når det gjelder tannhelse. Man kan få støtte til behandling fra Sosialkontoret, noe som i seg selv er stigmatiserende.

Pasientrettighetene i slike tilfeller er nedfelt i Lov om Sosiale Tjenester, der kap. 5 omhandler økonomisk stønad: « Sosialtjenesten har normalt plikt til å inkludere utgifter til nødvendig konserverende behandling eller kurativ behandling. Særlig kostbar behandling ligger i utgangspunktet utenfor det loven er ment å dekke. Foreligger det et rimeligere alternativ som er faglig forsvarlig, kan stønaden begrenses til en slik løsning.

Utgiftene skal være nødvendige for livsopphold og i tilfeller behovene ligger utenfor dette kan det ytes støtte etter § 5-2, som er en utpreget skjønnsmessig bestemmelse, uten nærmere veiledning. Dvs, dette er ingen pliktmessig ytelse, men det kan f.eks legges vekt på fysisk eller psykisk helse » (4). Dette betyr i praksis for pasienten at man må « selge seg godt » for å oppnå saksbehandlers velvilje, det kan være tilfeldig hvem som får støtte etter denne paragrafen. Behandlingsforslaget som pasienten medbringer Sosialkontoret skal i tillegg overprøves av Den Offentlige Tannhelsetjenesten og innebærer derfor at mange skal uttale seg i en slik sak. Det sier seg selv at man må ha pågangsmot for å innlede en slik prosess, noe pasienten i nevnte kasus ikke kan sies å ha, preget av sterk angst for tannbehandling.

5.3 Tilgjengelighet

På de aller fleste sykehusene i Norge er det ikke ansatt odontologisk kompetanse. På ca 15 sykehus i Norge finnes det oralkirurgiske spesialisttjenester, som samarbeider med ØNH-spesialister og andre spesialiteter. Oralkirurgene tar seg av oralmedisinsk undersøkelse og behandling, samt ansikts-, kjeve- og dento-alveolær kirurgi.

I Sverige er det ca 150 tannleger i tillegg til oralkirurger som er ansatt på sykehus rundt om i landet i odontologiske team sammen med tannpleiere og tannhelsesekretærer. Teamet utfører forebygging og behandling av patologi i munnhule, kjeve og tenner.

Mange pasienter som kommer på sykehus vil ha behov for oral behandling, for å f.eks utelukke risiko for infeksjoner og eventuell spredning. Dette er spesielt viktig for strålebehandlede pasienter og pasienter som får immunsupprimerende behandling ved transplantasjoner. Disse pasientene bør få behandlet patologi og tenner med usikker prognose før annen behandling igangsettes.

Infeksjoner i munnhulen har også betydning for påvirkning av hjerte -og karsykdommer.

Pasienter som er alvorlig syke kan ha nedsatt evne til å ivareta sin egen munnhygiene og dette ansvaret overføres til helsepersonellet på sykehuset. Optimalt munnstell for pasienter i institusjon har ofte en tendens til å bli forsømt, pga tidsmangel og utilstrekkelig kompetanse om munnhulen. Når pasientene etter hvert blir friskere kan det være behov for restaureringer i tannsettet. Uten tannleger på sykehuset er det vanskelig å få påbegynt en slik behandling. For noen pasienter er dette viktig. Ved å utsette aktiv behandling av tannproblemene kan også disse vokse seg større i tiden som går. På norske sykehus i dag er det ingen rutine for undersøkelse av munnhule og tenner før utskrivning av pasienten (3).

6.0 Oppsummering

Man har gjennom foregående tekst forsøkt å finne noe av forklaringen på hvorfor tannhelse befinner seg i en særposisjon, være seg organisasjonsmessig, økonomisk og definisjonsmessig i helsepolitikken i Norge i dag. En del av grunnlaget for denne inndelingen er ikke lenger gyldig i dag, men den samfunnsskapte helseoppfatningen sitter dypt og endringer i denne har latt vente på seg. Noe skyldes beslutninger tatt i Stortinget for 100 år siden, interessekonflikter mellom privat og offentlig sektor, «profesjonskamp» om ansvarsfordeling i forhold til pasientene og en persisterende oppfatning blant mange om at lidelser i munnhulen ikke er sykdom og at denne er atskilt fra resten av kroppen.

Erichsen oppsummerer 3 viktige faktorer i sin doktoravhandling som han mener er hovedbegrunnelsen for at tannbehandling er isolert fra behandling av resten av kroppen. Tannlegenes sene profesjonsutvikling, adskillelse fra den medisinske profesjonen og en håndverksmessig mer enn en stomatologisk-medisinsk forståelse av yrket (22).

Når det gjelder tannhelse er det avgjørende for offentlig finansiering om pasienten har skyld i nedsatt tannhelse eller ikke. Dette prinsippet finner man ikke igjen når det gjelder resten av kroppen. Eksempler som KOLS pga røyking, hjertekarsykdommer og overvekt som er såkalte livsstilsykdommer blir tatt hånd om i det offentlige helsevesenet. Har man imidlertid et kariogent kosthold, ikke evner å opprettholde god munnhygiene eller har en unnvikende adferd i forhold til det å oppsøke tannhelsetjenesten må man dekke kostnadene til behandling av følgene selv. Diskusjonen om en fullt offentlig finansierte tannhelsetjeneste er en annen og inngår ikke innen rammene for denne oppgaven, der man har valgt å sette søkelyset på organisering av helsetjenesten og det faktum at munnhulen ikke betraktes på lik linje som resten av kroppen.

Den Norske Tannlegeforening (NTF) må som aktør i debatten betraktes som en legitim fagorganisasjon som jobber for tannlegers lønns- og arbeidsvilkår og har således ikke som agenda å tale pasientenes sak. ¾ av tannlegene arbeider i det private markedet og inndelingen i privat og offentlig sektor ligger veletablert i den norske tannhelsetjenesten. Det fremstår som en vanskelig oppgave å skulle diskutere eventuell omorganisering og store strukturelle endringer som favner felles interesse, da disse i utgangspunktet er av ulik karakter. I tannhelsepolitiske spørsmål har alltid NTF's stemme veid tungt, selv om foreningen som nevnt muligens har en begrenset agenda. I høringssvaret vedrørende NOU 2005:3 svarer NTF at "Tannhelse naturlig nok ikke er nevnt i denne utredningen", samtidig som de fremholder at tannhelse også er et viktig område når en helhetlig helsetjeneste skal utarbeides (17). Man konstaterer ut i fra dette at foreningen også mener tannhelse må ivaretas i en sammenhengende helsetjeneste, men avslører ikke et sterkt standpunkt i forhold til forvaltningsnivå og integrering av tannhelse i en sammenhengende allmenn helsetjeneste. Man kan spekulere i om det vil være enklere å oppnå god lønnsdannelse for tannleger ved at tannhelse ligger på fylkeskommunalt nivå snarere enn et regionalt nivå og at dette er noe av bakgrunnen for deres standpunkt. Dette er i og for seg legitimt når det gjelder en fagorganisasjon – men vil neppe bidra til at munnhule og kjeve enklere betraktes som en del

av resten av kroppen når forvaltningsnivåene er såvidt forskjellige og det ikke finnes naturlige kommunikasjonslinjer mellom disse nivåene.

Veivalget i forhold til det offentliges finansiering på tannhelsefeltet ble som nevnt tatt i 1914 på et beslutningsgrunnlag som på mange måter er endret i dag. Dorte Holst skriver i sin artikkel om trygd og tannbehandling (19) at det var mange helsesaker i denne perioden som ble kjørt parallelt og at man prøvde å finne de beste løsningene på grunnlag av felles- og egeninteresser. Fremdeles blir de valgene som den gang ble tatt, i dag brukt som argument for at tannlegene selv har skapt organisasjonsstrukturen vi fortsatt har. Situasjonen i allmennhetens orale helse har endret seg betydelig på 100 år, Rikstrygdeverket er vesentlig mer omfattende enn Sykekassen var, aldersfordelingen i befolkningen er endret, folk har flere egne tenner og tannlegen har skiftet fokus til en mer helhetlig oral pleie.

Forskning har vist at en fullt ut finansiert tannhelsetjeneste alene ikke har noen effekt verken på økning i bruk av tjenesten eller følgelig bedret tannhelse (20). Lik tilgjengelighet i befolkningen med tanke på økonomi bidrar altså ikke alene til å oppheve det dentale klaseskillet. Flere faktorer bidrar samlet til en slik gevinst, men det virker trolig at organisasjonsstruktur og forvaltning av tjenestene vil påvirke den samlede effekten av ulike tiltak, som bl.a finansiering og bevissthetsgjøring om oral helses betydning i et helsemessig perspektiv.

Ved at tannhelsetjenesten har en egen styring og forvaltning vil en integrasjon av munnhulen i helsespørsmål bremses, da det ikke vil være naturlig å ta dette med i den generelle diskusjonen.

Det kan synes som at med dagens organisering og finansiering i offentlig og privat tannhelsetjeneste går både pasient – og finansieringsstrømmene på siden av tannhelsetjenesten og gjennom den generelle helsetjenesten (12). Flere politiske tendenser peker i retning av en fremtidig avskaffelse av fylkeskommunen og det er da naturlig å spørre seg hvor tannhelsetjenesten vil høre hjemme. Nærliggende samarbeidspartnere bør være både primærhelsetjenesten på kommunalt nivå og spesialisthelsetjenesten på statlig nivå og en vil anta at en integrasjon av tannhelsetjenesten på ett av disse nivåene vil være et viktig steg i retningen som fører munnhulen tilbake til kroppen.

7.0 Kildehenvisninger

1. NOU 2005:3, « Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste ». Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement
2. NOU 2005:11, «Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Et godt tilbud til de som trenger det mest », Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement
3. Stortingsmelding nr. 35 (2006-2007). « Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester » 2007, Oslo, Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement
4. Lov om Folketrygd
5. Holsen DS, Johannessen AC, « Sykdommer som affiserer hud og munnslimhinne » 2006, Tidsskriftet for Den norske Lægeforening nr. 9; 126 : 1214-7
6. Aase S, Koppang HS, Solheim T, Kjærheim Å, Axèll T, Storhaug K, Refsun S, « Crohns sykdom i munnhulen, belyst med noen kasuistikker » 2001, Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr 21, 121 : 2489-91
7. Sangnes G, «Hiv og aids i 25 år — hvor står vi?» 2007, Den norske Tannlegeforenings Tidende, 117:82
8. Steinsvoll S, Herlofson BB, «Orale manifestasjoner ved HIV-infeksjon » 2006, Tidsskrift for Den Norske Lægeforening nr 9; 126
9. Jontell M, Dahlgren U, «Allergiska reaktioner och andra biverkningar» 2005, Den norske Tannlegeforenings Tidende, 115: 106-12
10. Herlofson BB, Løken K, «Hvordan påvirkes munnhulen av kreftbehandling?» 2006, Den norske Tannlegeforenings Tidende, 116: 414-8
11. Thrane P, «Sykdommer i munnhulen –hvem gjør hva ?» 2001, Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr 21; 121.
12. UiO's høringsvar til NOU 2005:3
13. Lov om Tannhelsetjenesten
14. Tornes K, « Munnhulen – odontologi eller medisin ? » 2006, Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr 9; 126

15. Klinge B, Holmstrup P, « Parodontit och almänsjukdomar » 2004, Den norske Tannlegeforenings Tidende, 114 : 72-9
16. Kolltveit KM, og Eriksen HM, « Er den observerte sammenhengen mellom periodontitt og hjerte- og karlidelser kausal ? » 2003, Den norske Tannlegeforenings Tidende, 113 : 780 -783
17. NTFs høringssvar til NOU 2005:3
18. Karimiha K og Hommeren J, « Oral helserelatert livskvalitet » 2006, Masteroppgave odontologi UiO
19. D. Holst, « Trygd og tannbehandling. Aktuelt hvert 100. år? » 2004, Den norske Tannlegeforenings Tidende, 114 : 168 - 76
20. D. Holst, « Third party payment in dentistry » 1982
21. A. Sollund, « NTF gjennom 100 år »
22. Erichsen V, « Professionalisation and public policy variations. The case of dental care in Britain and Norway » 1990 [doktoravhandling], Universitetet i Bergen